**Tên bài giảng** : **XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA**

Đối tượng: Y3

Giảng viên : ThS BS Đào Xuân Lãm

**Muïc tieâu:**

1. Trình bày các biểu hiện lâm sàng của XHTH.
2. Kể các biểu hiện lâm sàng và nguyên nhân của XHTH trên.
3. Kể các biểu hiện lâm sàng và nguyên nhân của XHTH dưới.
4. Đánh giá tiên lượng bệnh XHTH trên bằng thang điểm Rockall.

**Phương tiện giảng dạy**:

1. Projector
2. Laptop.

**Nội dung bài giảng:**

1. **Đại cương**:
   1. XHTH thường gặp ở cấp cứu nội khoa
   2. Cần chẩn đóan nhanh & chính xác để có hướng xử trí kịp thời
2. **Định nghĩa**:
   1. XHTH là chảy máu trong lòng ống tiêu hóa từ thực quản đến hậu môn.  
      Cần phân biệt:
      1. Ho ra máu: máu từ đường hô hấp, thường máu đỏ tươi, có lẫn bọt, thường xảy ra sau
      2. Chảy máu từ nguồn bệnh lý: răng hàm mặt, tai mũi họng
      3. Ăn hay uống thức ăn làm biến đổi màu sắc của phân.  
         \* Thức ăn: máu nguồn gốc động vật  
         \* Thuốc: Fe, cam thảo, bismuth, than
   2. ***Vị trí xuất huyết***:
      1. XHTH trên töø TQ🡪 D4 (treân daây chaèng) Treitz
      2. XHTH dưới : töø goùc Treiz trôû xuoáng
   3. ***Mức độ xuất huyết***:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nhẹ | Trung bình | Nặng |
| Sinh hiệu : Mạch và Huyết áp | Coù theå thay ñoåi nheï🡪bt | 100🡪120l/p  HA >90mmHg  Tuït HA tö theá | >120l/p  HA<90mmHg  HA keïp |
| Dấu hiệu tòan thân |  |  | Da taùi xanh, thôû nhanh noâng, thieåu nieäu, RLTG |
| Hct | > 30% | 20🡪30%  25🡪30% (ngöôøi giaø, beänh lyù maõn tính naëng tim, phoåi..) | <20%  <25% (ngöôøi giaø, beänh lyù maõn tính naëng tim, phoåi..) |

1. **Biểu hiện lâm sàng**:
   1. ***Ói máu*** (hematemesis)  
      Ói ra máu đỏ tươi, bầm, đen tùy máu lưu ở dạ dày lâu hay mau
   2. ***Tiêu phân đen*** (Melena)  
      Phân sệt đen như hắc ín hay bả cafe, mùi thối đặc trưng.  
      Thường chảy máu gần với dây chằng Treitz như có thể ở xa tại đại tràng lên
   3. ***Tiêu phân máu đỏ tươi*** (Hematochezia)  
      Tiêu máu đỏ tươi hay đỏ bầm ngụ ý chảy máu vượt xa dây chằng Treitz nhưng có thể XHTH trên với lượng lớn & nhanh.
   4. ***Thử nghiệm máu ẩn trong phân dương tính*** (Positive FOB) có hay không kèm theo thiếu sắt.
   5. ***Triệu chứng của máu mất***: chóng mặt, hoa mắt hay khó thở.
   6. ***Thay đổi huyết động*** (Hemodynamic change)  
      Việc tụt huyết áp>10mmHg, mạch >15 nhịp tăng lên chỉ định lượng máu mất 10 – 20% thể tích tuần hòan (có thể có ngất, chóng mặt vả mồ hôi, buồn nôn)
   7. ***Shock***:  
      Huyết áp <100mmHg thường chi định mất >20% thể tích máu (da lạnh, tái)
   8. ***Xét nghiệm***:
      1. Hct có thể không phản ánh mức độ máu mất do cơ chế bù trừ chậm từ dịch ngọai bào: trong khỏang 2 giờ # 25% thể tích được bù trừ và bù trừ được # 50% trong 8 giờ. Giá trị thực của Hct sẽ đạt được vào # 72 giờ khi cơ chế bù trừ hòan tất sau lần chảy máu đầu tiên. Dĩ nhiên thời gian bù trừ dịch ngọai bào sẽ tăng nhanh hơn nếu bệnh nhân được bù dịch đầy đủ và sớm.
      2. Tăng bach cầu & tiểu cầu nhẹ
      3. Tăng BUN thường ở XHTH trên
   9. ***Các yếu tố tiên lượng nặng***:  
      \* Tuổi >60  
      \* Bệnh lý nội khoa kèm theo  
      \* Bệnh lý đông máu  
      \* Bệnh nhân suy giảm miển dịch  
      \* Bệnh nhân shock  
      \* Chảy máu tái phát  
      \* Chảy máu do vở dãn tỉnh mạch thực quản

\* Dh trên nội soi của chảy máu mới

**THANG ĐIỂM ROCKALL LÂM SÀNG (CLINICAL RISK SCORE)[\*]**

|  | **Điểm** | | | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Đặc tính** | **0** | **1** | **2** | **3** | **Điểm cho đặc tính** |
| Tuổi | <60 | ≥60 và ≤79 | ≥80 |  | (maximum = 2) |
| Shock | M <100 l/p và HA tt ≥100 mm Hg | M≥100 l/p và HA tt ≥100 mm Hg | HA tt <100 mm Hg | (maximum = 2) |
| Bệnh kèm theo | Không | Không | Suy tim | Suy thận | (maximum = 3) |
| Bệnh mạch vành | Suy gan |
| Bệnh ác tính (chưa di căn) | Bệnh ác tính di căn |
| Bệnh nội khoa khác |  |
| Tổng điểm |  |  |  |  | (maximum = 7) |

*Modified from Rockall TA, Logan FRA, Devlin HB, et al: Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut 1996;38:316–321.*

|  |  |
| --- | --- |
| **\*** | Tử vong của XHTH cấp dựa vào các đặc tính trên đánh giá lúc ban đầu. Khi điểm số ≤ 3 sẽ có nguy cơ lâm sàng thấp (mortality ≤12%), nhưng khi score ≥ 4 sẽ là nguy cơ lâm sàng cao (mortality >20 %) |

**ROCKALL SCORING SYSTEM FOR THE RISK OF MORTALITY FOLLOWING PEPTIC ULCER BLEEDING**

|  | **Score** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Đặc tính** | **0** | **1** | **2** | **3** |
| Tuổi | <60 | 60–79 | 80 | — |
| Shock | Không | M >100 | Systolic BP <100 mm Hg | — |
| Bệnh kèm theo | Không |  | Suy tim | Suy thận |
| Bệnh mạch vành | Suy gan |
| Bệnh ác tính (chưa di căn) | Bệnh ác tính di căn |
| Chẩn đoán | HC Mallory-Weiss hay không xác định được nguyên nhân | Loét  Varice | Bệnh lý ác tính | — |
| Nội soi | Không có bằng chứng chảy máu |  | Chảy máu, cục máu đông hay mạch máu lộ | — |

*Data from Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, et al: Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut 1996;38:316–321.*

Nhiều nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ tử vong của bệnh nhân bị XHTH do loét dạ dày ít hơn 2% khi Rockall score ≤ 2 điểm, 10% khi Rockall score 3 - 5 điểm, lên đến 46% khi Rockall score ≥6 điểm.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **THANG ĐIỂM BLATCHFORD** | | |
| **Chỉ số** | | **Điểm** |
| BUN (mMol/L) | 6.5 - 8 | **2** |
| 8 – 10.0 | **3** |
| 10 – 25.0 | **4** |
| > 25 | **6** |
| Hemoglobine (g/L) ở Nam | 120 -130 | **1** |
| 100 - 120 | **3** |
| < 100 | **6** |
| Hemoglobine (g/L) ở Nữ | 100 - 120 | **1** |
| < 100 | **6** |
| Huyết áp (mmHg) | 100 - 109 | **1** |
| 90 - 99 | **2** |
| < 90 | **3** |
| Các dấu khác | M>100l/p | **1** |
| Tiêu phân đen | **1** |
| Ngất | **2** |
| Bệnh gan | **2** |
| Suy Tim | **2** |

Thang điểm Blatchford giúp đánh giá bệnh nhân XHTH về khả năng can thiệp nội khoa cũng như tiên lượng tử vong.

1. XHTH trên
   1. ***Lâm sàng***:

Biểu hiện trên lâm sàng bằng:

* + 1. Ói máu
    2. Tiêu phân đen
    3. **Thăm khám lâm sàng**:
       1. Dấu hiệu sinh tồn: M, HA nhằm phát hiện shock
       2. Dấu hiệu của bệnh lý gan: HC tăng áp lực tỉnh mạch cửa và / hoặc HC suy tế bào gan
       3. Khám bụng: đau thượng vị khi ấn chẩn và có khi phát hiên được gan lách to.
       4. Đặt sonde NG: ra dịch đen hay máu
       5. Thăm trực tràng:

Thủ thuật dễ thực hiện và phải tiến hành ở tất cả bệnh nhân nghi ngờ XHTH trên. Xác định tính chất phân

* + 1. **Tiền sử**:
       - * Thuốc: ASA, NSAIDs, rượu và thuốc lá là các yếu tố nguy cơ của lóet dạ dày tá tràng.
         * Stress thể chất: chấn thương, phỏng, chấn thương sọ não
         * Tiền căn ợ hơi, ợ chua và đau thượng vị trước đây gợi ý bệnh lý lóet tiêu hóa.
         * Tiền căn bệnh lý về gan hay nghi ngờ bệnh lý gan do uống rượu nhiều làm tăng khả năng xuất huyết do vở dãn TMTQ.
         * Ói nhiều trước khi xuất huyết gợi ý HC Mallory Weiss
         * Xác minh lại các đợt chảy máu trước đây rất hữu ích.

B. ***Cân lâm sàng***

1. Nội soi thực quản dạ dày tá tràng: phương pháp thích hợp để khảo sát XHTH trên với độ chính xác cao, có khả năng điều trị và tai biến thấp.

* + - 1. X quang dạ dày cản quang: hiện ít sử dụng nhưng cũng là phương tiện để khảo sát nguyên nhân của XHTH trên.

C***. Nguyên nhân***

* + - 1. Thông thường  
         \* Lóet tá tràng   
         \* Viêm chợt dạ dày

\* Lóet dạ dày

\* Viêm thực quản

\* Viêm tá tràng   
\* Dãn vở tỉnh mạch thực quản   
\* Mallory Weiss Tears

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Nguyên nhân của XHTH trên ở bệnh nhân nhập viện điều trị trong 3 năm 2000-2002 ( Sources of Bleeding in Patients Hospitalized for Upper GI Bleeding in Years 2000–2002) | |
| | **Sources of Bleeding** | **Proportion of Patients, %** | | --- | --- | | Ulcers | 31–59 | | Varices | 7–20 | | Mallory-Weiss tears | 4–8 | | Gastroduodenal erosions | 2–7 | | Erosive esophagitis | 1–13 | | Neoplasm | 2–7 | | Vascular ectasias | 0–6 | | No source identified | 8–14 | |
| ***Source:*** Data from M Van Leerdam et al: Am J Gastroenterol 98:1494, 2003; DM Jensen et al: Gastrointest Endosc 57:AB147, 2003; KC Thomopoulos et al: Eur J Gastroenterol Hepatol 16:177, 2004; F Di Fiore et al: Eur J Gastroenterol Hepatol 17:641, 2005. |

* + - 1. Không thường gặp:
         1. Bệnh dạ dày do tăng áp cửa
         2. Dieulafoy’s ulcer
         3. GAVE ( Gastric antral vascular ectasia )
         4. Dò động mạch chủ - ruột
         5. Chảy máu đường mật.
         6. Khác ( hiếm ): vasculitis, nhiễm trùng….

Key point:  
\* PUD chiếm ½ các nguyên nhân XHTH trên  
\* NG (-) không lọai trừ được XHTH  
\* 1/3 bệnh nhân xơ gan có chảy máu từ vở dãn tỉnh mạch thực quản & 50% từ các nguyên nhân khác

1. **XHTH dưới**:

Đặc trưng bởi: 85% xảy ra cấp tính, tự lành và không có rối lọan về huyết động.

15% có chảy máu nặng, diễn tiến liên tục và có rối lọan huyết động.

* 1. ***Lâm sàng***:

Biểu hiện trên lâm sàng bằng:

* + 1. Tiêu máu đỏ tươi.
    2. Tiêu phân đen.
    3. **Tiền sử**:
       1. Thời gian XH nên được xác minh:

Lần đầu tiên khi nào?

Có tái phát lần nào không?

* + - 1. Đặc tính của máu như thế nào?

Màu sắc: đỏ tươi, bầm hay đen?

Máu bao phủ ngòai phân hay trộn lẫn vào phân

Máu phún thành tia hay nhỏ giọt: trĩ nội.

* + - 1. Soi Đại tràng gần đây ( Dưới 30 ngày ) và có cắt polype thường chảy máu từ vị trí cắt polype.
      2. Bệnh lý nội khoa kèm theo như bệnh suy thận mạn → dãn mao mạch ở ruột và tiền sử phẩu thuật trước đây. Vd: phẩu thuật phình ĐM chủ bụng → gợi ý dò ĐMC – ruột...
      3. Bón mạn tính : gợi ý chảy máu do lóet hậu môn trực tràng gây bởi phân ( stercoral = stool- induced ulceration )
      4. Điều trị phóng xạ để điều trị K tiền liệt tuyến hay vùng chậu → gợi ý radiation proctopathy.
      5. Thuốc dùng: chống đông, ASA, NSAIDs... có thể gây lóet tiêu hóa....
    1. **Thăm khám lâm sàng**:
       1. Dấu hiệu sinh tồn: M, HA....
       2. Khám môi – niêm mạc phát hiện có dãn mao mạch hay dát sắc tố hay không?
       3. Khám bụng: khối u? Điểm đau?
       4. Dấu xuất huyết dưới da
       5. Dấu chứng của sưng hay biến dang khớp → NSAIDs
       6. Thăm trực tràng: phát hiện u, trĩ hay nứt hậu môn.
  1. ***Cận lâm sàng***

1. Soi trực tràng ( Proctoscopy ): rất hữu ích để phát hiện trĩ nội và nứt hậu môn.Thường được thực hiện ngay lúc cấp cứu để chẩn đóan nhanh vị trí chảy máu tại vùng hậu môn , trực tràng nhưng thường thì sau đó phải soi đại tràng sau khi đã chuẩn bị ruột.

2. Soi đại tràng bằng ống soi mềm ( Colonoscopy ): thường thực hiện sau khi chuẩn bị đại tràng cho sạch bằng thuốc hay thụt tháo.Nên thực hiện trong 24h đầu sẽ có nhiều lợi ích.

Soi đại tràng không làm giảm tỷ lẽ tử vong , nhưng thực hiện sớm nội soi điều trị sẽ làm giảm nhu cầu tryền máu, nhu cầu phẩu thuật và rút ngắn thời gian nằm viện.

* + - 1. Scintigraphy (Tagged RBC scanning): RBC được đánh dấu bằng đồng vị phóng xạ Technetium-99m , thường được lưu giữ trong tuần hòan # 48h và sẽ thóat ra ngòai thành mạch vào trong lòng ruột khi chảy máu đang diễn tiến.Sự thóat mạch này có thể được phát hiện qua Gamma camera.
      2. Angiography: định vị nhanh vị trí XH và tiến hành điều trị ngay khi máu chảy với vận tốc > 0,5 ml / phút.
      3. Capsule Endoscopy: 1 kỹ thuật mới cho 50 000 hình ảnh / 8 giờ hầu hết ở ruột non cho nên rất hữu ích khi thám sát vùng này.

Hạn chế: - Không cho hình ảnh thực

- Không định vị chính xác vị trí chảy máu.

- Không can thiệp điều trị.

Ngòai ra còn có các kỹ thuật cao cấp khác hiện chỉ có ở các Trung Tâm Y khoa hiện đại như IntraOperative Enteroscopy , Push Enteroscopy, Single or Double Balloon Enteroscopy nhằm khảo sát vùng ruột non.

***C.Nguyên nhân***

1.Thông thường

Trĩ: nội hay ngọai

Túi thừa: thường gặp ở người lớn tuổi, tự lành.

Dãn mao mạch

Khối u ĐẠI -TRỰC TRÀNG.

2.Không thường gặp

Bệnh ruột viêm : Crohn’s disease hay ulcerative colitis

Bệnh ruột nhiễm trùng : lỵ trực trùng...

Viêm ruột do xạ trị, do NSAIDs...

Polype đại trực tràng.

Đứng trước bệnh nhân XHTH, cần xác định các vấn đề sau:

1. Xác định xem có phải đúng là XHTH hay không? Và vị trí XH ở đâu?
2. Đánh giá mức độ nặng của XH và các yếu tố tiên lượng.
3. Đánh giá diễn tiến của XH: đang còn chảy máu hay đã ổn định?
4. Nguyên nhân của XHTH là gì?

**Tài liệu tham khảo**:

1. Texbook of Gastroenterology, 5th edition, Yamada, 2009.

2. Principle of Clinical Gastroenterology, Tadataka Yamada, 2008

3. Gastrointestinal Emergency, 2 nd edition, 2009

4. Harrison’s principle of medicin, 17 th edition, 2008

5. The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33 rd edition